

Information Kündigung Wahlarztvertrag

An das Sekretariat der _____

Name, Vorname

Aufnahmenummer
(oder Patientenetikett)

vorgenannter Patient/Patientin hat den bestehenden Wahlarztvertrag zum Ablauf des _____ gekündigt, das Original der Kündigung erhalten Sie anbei.

Ort/Datum

Unterschrift Abrechnung